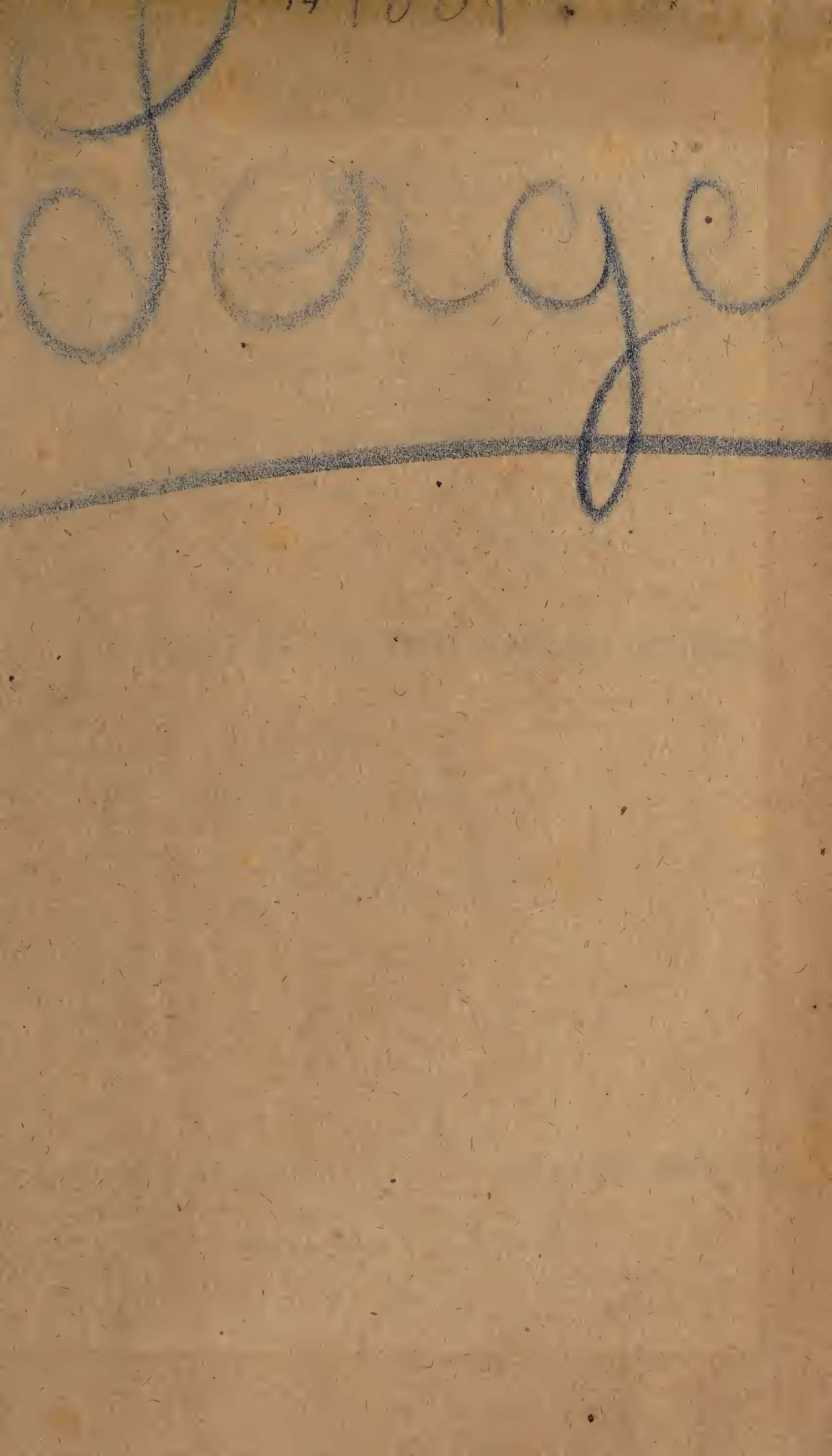


FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 N° 316

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 juillet 1881 à 1 heure.

PAR A. SERGENT,

Né à Nonancourt (Eure), le 30 mai 1853.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

TRAITEMENT DE CERTAINES TUMEURS NASALES

President : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM^rs BOUCHARDAT, *professeur*
REMY, CADIAT, *agregés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEBOVE.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
DIEULAFOY.	JOFFROY.	RAYMOND.	
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau	MM.	N.
— des maladies des enfants		N.
— d'ophthalmologie		N.
— des maladies des voies urinaires		N.
Chef des travaux anatomiques		FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : **A. PINET.**

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions **émises dans les** dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme **propres** à **leurs** auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE CERTAINES TUMEURS NASALES

L'extraction des tumeurs des fosses nasales et de l'arrière cavité nasale a toujours été considérée comme un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie. La preuve en est dans le grand nombre des procédés qui ont été jusqu'à ce jour imaginés.

Les prolongements que ces tumeurs envoient dans les cavités voisines ne sont pas, sans contredit, une des moindres difficultés contre lesquelles le chirurgien ait à lutter.

Nous avons eu l'occasion, dans le cours de nos études, de voir pratiquer quelques opérations de ce genre et nous avons été conduit par là à porter notre attention sur ce sujet. Aussi arrivé au terme de nos études, et appelé à soutenir notre thèse, nous avons cru pouvoir présenter à nos juges ce travail appuyé des observations d'un certain nombre de cas qu'il nous a été donné de voir. Malheureusement, nous n'avons pas de données importantes et nouvelles capables de contribuer au progrès de cette partie de la chirurgie. On nous le pardonnera, vu sa difficulté, et nous

nous estimons heureux si nous avons pu résumer et exposer clairement les principales données de la question.

La plupart des auteurs ont surtout en vue l'étude des polypes naso-pharyngiens ; notre étude sera moins circonscrite, car il nous a semblé qu'un grand nombre des cavités de la face étaient passibles d'opérations de même nature, et que l'étude des procédés opératoires applicables à chacune d'elles pouvait, avec avantage, être faite d'ensemble.

Qu'il nous soit permis, ici, de remercier notre ami Desfontaine, interne des hôpitaux, des excellents conseils qu'il nous a donnés pour nous guider dans nos recherches.

DIVISION DU SUJET

Nous nous proposons d'exposer brièvement les principales méthodes employées jusqu'à ce jour ; puis, nous pourrons ensuite passer en revue les diverses variétés de tumeurs qui pourront nécessiter une intervention chirurgicale. Nous envisagerons surtout ces tumeurs au point de vue de leur disposition anatomique, et de leurs rapports dans les régions qu'elles envahissent; enfin, en terminant, nous pourrons présenter, sous forme de conclusions, les indications de certains procédés motivés sur les avantages qu'ils paraissent présenter. Nous ne négligerons pas, non plus, d'insister sur un certain nombre de détails opératoires, en général négligés par les auteurs classiques, et qui deviennent d'une importance capitale au moment où on pratique les opérations.

ETUDE DES DIVERSES MÉTHODES

Les méthodes thérapeutiques, employées pour les tumeurs nasales, ont été divisées en méthodes simples et en méthodes composées.

Les premières sont nombreuses, mais sont presque exclusivement dirigées contre les tumeurs muqueuses des fosses nasales ; elles sont généralement insuffisantes dans les autres cas.

Nous n'avons pas l'intention d'insister sur ces procédés, qui sont décrits dans tous les auteurs classiques, nous ne ferons que les signaler rapidement.

Les plus usités sont la ligature et l'arrachement. 1° La ligature consiste dans une compression circulaire exercée sur le pédicule de la tumeur au moyen d'un fil métallique ou organique. L'origine de cette méthode remonte à Guillaume de Salicet ; depuis elle a été fréquemment employée e a donné lieu à une foule de procédés ; mais, d'une manière générale, on peut distinguer dans le traitement par la ligature, deux méthodes secondaires, suivant qu'elle est destinée à user lentement les tissus ou à les sectionner dans une seule séance. Outre que cette méthode est d'une exécution difficile, malgre les nombreux instruments qu'elle a inspirés, elle ne donne que des résultats insuffisants : la ligature lente est très douloureuse et laisse le malade, pendant la mortification de la tumeur, exposé à l'infection putride par l'absorption de produits sanieux ; la ligature-extemporanée expose aux hémorrhagies. 2° Une des méthodes simples d'un emploi, très usité aujourd'hui, surtout dans le cas de polypes muqueux, consiste dans l'arrachement combiné à

la torsion ; bien que cette méthode ait été suivie quelquefois d'accidents redoutables, elle est le plus souvent très bénigne et d'une exécution très facile. Il peut arriver cependant que l'on rencontre quelques difficultés : par exemple lorsqu'un polype volumineux remplit totalement la narine sans permettre l'introduction des pinces; dans ce cas, on pourra pratiquer l'incision de la narine, ou encore suivre le procédé que Broca adopta dans un cas semblable et qu'il indique dans son traité des tumeurs. « Un gros polype avait dilaté la fosse nasale gauche et se présentait à l'ouverture antérieure de la narine qui était très élargie ; la tumeur s'arrêtait exactement à l'orifice de la narine et celle-ci était si exactement appliquée contre le polype, qu'on ne pouvait introduire aucun instrument pour le saisir. J'enfonçai dans le polype un bistouri aigu et je taillai dans la substance un cône central que j'enlevai. Il devint alors facile de faire pénétrer des pinces dans les fosses nasales, de saisir le polype, de le soumettre à de fortes tractions, et comme son pédicule était assez étroit, je pus l'arracher en totalité sans inciser la narine. »

Cette méthode, avons-nous dit, est la plus usitée ; il est vrai qu'elle ne met pas à l'abri des récidives, mais comme on peut la répéter sans inconvénient, on finit par obtenir une guérison définitive. Le professeur Gosselin pense en effet, que par l'arrachement on enlève toujours une portion plus ou moins considérable de la muqueuse, que l'on arrive ainsi après un certain nombre d'opérations à remplacer le tissu primitif par un tissu de création nouvelle, le tissu cicatriciel qui est impropre au développement des polypes.

Telles sont les deux méthodes simples que l'on a le plus souvent dirigées contre les tumeurs nasales ; il en est en-

core d'autres, beaucoup plus défectueuses, dont nous dirons seulement quelques mots, ce sont :

La dessication qui a pour but, à l'aide de substances astringentes, de racornir et d'atrophier la tumeur.

L'excision qui consiste dans l'ablation par la section du pédicule.

Pratiquée à l'aveugle et dans une cavité aussi étroite, c'est une opération dangereuse et difficile, qui peut léser les parties saines sans détruire les tissus malades.

La cautérisation qui date de longtemps fut d'abord faite par le cautère actuel, puis on lui substitua les caustiques liquides, d'un emploi toujours difficile, enfin les cautiques solides, surtout la pâte de canquoin, plus facile à manier. Tout récemment, l'acide chromique a été préconisé par le professeur Verneuil et les injections interstitielles de chlorure de zinc par Barthélemy, de Brest. Ce procédé n'est efficace que lorsqu'il est destiné à compléter une première opération, l'arrachement par exemple.

Nous citerons encore le séton, le broiement, procédés peu avantageux et généralement abandonnés.

Nous en avons terminé avec les méthodes dites simples, c'est-à-dire dans lesquelles on agit directement sur la tumeur sans intéresser les parties molles ni le squelette. Il n'en est pas de même de celles dont nous allons nous occuper maintenant et qu'on nomme méthodes composées, elles comportent en effet des opérations préliminaires plus laborieuses que l'ablation de la tumeur ; «elles font partie, comme l'a dit M. Verneuil, du premier combat qu'on lui livre.»

Le traitement composé comprend plusieurs mêthodes qui sont désignées sous le nom de méthodes palatine, nasale, orbitaire et faciale ; chacune de ces méthodes com-

prend, un certain nombre de procédés opératoires que nous passerons successivement en revue.

Méthode palatine — C'est à Manne, d'Avignon (1747), qu'appartient l'idée d'attaquer les tumeurs nasales par la voûte palatine. Ce chirurgien pratiquait seulement l'incision du voile du palais : cette incision fut jugée insuffisante. Voici, du reste, comment l'apprécie Dieffenbach qui appliqua ce procédé :

« La division du voile du palais est rarement suffisante pour l'extraction d'un polype fibreux, adhérent de tous côtés, parce que la plaie ne s'écarte pas assez pour que l'on puisse entreprendre par son ouverture l'extirpation radicale : si cependant cela est possible, on gagne beaucoup à ne pas diviser le bord inférieur du voile du palais, car alors la réunion du bord de ce voile réussit assez souvent, la tension étant bien moindre. Dans un cas seulement, je fus assez heureux pour extirper un polype à travers une fente du voile du palais, dont je n'avais pas incisé le bord inférieur. » Dieffenbach et Maisonneuve prolongèrent l'incision jusque sur la voûte : la voie restait insuffisante dans la plupart des cas, à cause de l'élasticité très faible des lames osseuses formant les deux moitiés de la voûte. C'est alors que Nélaton, tout en conservant l'incision première, y joignit la résection de la partie postérieure de la voûte osseuse.

De plus, dans cette opération, il conservait la fibro-muqueuse de la portion qu'il réséquait, de façon à obtenir la régénération de l'os. Comme cette manœuvre ne complique pas beaucoup l'opération, et qu'elle a donné dans un cas unique il est vrai, un plein succès, on doit la conserver,

sans toutefois compter beaucoup sur un résultat aussi favorable.

Ainsi modifiée, la méthode palatine peut être heureusement appliquée dans certains cas, mais dans beaucoup d'autres elle n'ouvre qu'une voie beaucoup trop étroite Indépendamment de ses indications, apprécions en quelques mots les avantages et les inconvénients de l'opération elle-méme.

Cette méthode présente les avantages suivants :

1° Elle ne laisse pas de traces apparentes.

2° Elle peut être faite en deux temps, circonstance essentiellement favorable chez des sujets anémiés ; en effet dans une première séance on pratique l'incision, puis, comme cette opération préliminaire entraîne toujours une perte de sang plus ou moins considérable, on peut laisser au malade quelques semaines de repos avant de procéder à l'extirpation de la tumeur qui entraînera encore une nouvelle hémorrhagie.

Enfin, comme dernier avantage, nous pouvons signaler l'ouverture permanente de la voûte palatine, qui permet de pratiquer des cautérisations et de surveiller les récidives.

Passons maintenant aux inconvénients de cette même méthode.

L'ouverture permanente, que nous signalions tout à l'heure au nombre des avantages, devient une infirmité très pénible alors qu'elle n'est plus d'aucun secours thérapeutique, c'est-à-dire, lorsque toute tendance à la récidive a disparu. Il ne faut pas, en effet, compter sur les uccès de la staphyloraphie qui échoue dans la plupart des cas, et qui, alors même qu'elle réussit, peut laisser subsister une paralysie du voile palais. De là, des troubles fonctionnels très péni-

bles que ne compense pas suffisamment l'absence de cicatrice apparente. Il arrive alors que l'opéré nasonne d'une manière désagréable, voit, chaque fois qu'il boit ou mange, les boissons ou les aliments refluer par les fosses nasales, et il est obligé de recourir à des appareils prothétiques qui n'obvient que d'une façon assez imparfaite aux accidents dont nous avons parlé plus haut.

Nous devons cependant signaler ici un fait important et plein d'intérêt indiqué par M. le professeur Panas qui en a rapporté deux exemples à la Société de chirurgie : à savoir que, dans les cas où on a pu s'abstenir de la division du bord postérieur du voile du palais, la cicatrisation peut s'opérer spontanément par le mécanisme des plaies angulaires sans qu'on ait besoin de recourir à une opération de staphylorhaphie. Voilà pour les accidents consécutifs.

Quant aux accidents immédiats, l'hémorrhagie que nous signalions tout à l'heure comme conséquence fatale du second temps de l'opération peut prendre des proportions énormes, et entraîner, dans certains cas, la mort du malade.

Voici, du reste, ce que dit M. Verneuil de cet accident :

« Les opérations préliminaires, quelles qu'elles soient, donnent déjà lieu à un écoulement de sang considérable, mais, lorsqu'on saisit le polype et qu'on pratique la section, l'hémorrhagie redouble et acquiert des proportions inquiétantes. C'est un point sur lequel M. Richard insiste beaucoup, et avec raison. Le sang coule à flots et de toutes les issues, coule dans le pharynx, dans le larynx, suffoque le malade, détermine des efforts violents de toux et d'expuition, remplit la bouche, masque la plaie, et force l'opérateur, couvert de sang lui-même, à interrompre à chaque instant l'acte opératoire. Si le malade est indocile ou

manque de courage, il est impossible de continuer. J'ai assisté à un drame de ce genre ; j'ai rarement vu d'opération plus effrayante. L'opérateur, un des plus habiles qui existent, sans contredit, ne put rien faire. Le jeune opéré mourut quelques jours après sans avoir subi de nouvelles tentatives. Dans les cas de ce genre, si on peut les prévoir, je dirai en passant que la méthode palatine me paraît impraticable. Je n'hésiterai pas à faire la résection du maxillaire supérieur ou à pratiquer la grande fenêtre nasale de Chassaignac, car, si ces opérations préliminaires sont cruelles, au moins, est-on toujours certain de les achever, et arrivera-t-on toujours par là au pharynx jusqu'à l'insertion de la tumeur. »

Quoi qu'il en soit, on peut dire en terminant que cette opération reste bonne pour les cas où, espérant l'atrophie ultérieure de la tumeur, par suite des progrès de l'âge du malade, on se propose simplement, suivant le conseil du professeur Gosselin, de faire une opération simplement palliative. On est conduit, en effet, par cette voie sur la partie inférieure, c'est-à-dire la plus volumineuse d'un grand nombre des fibromes naso-pharyngiens, sans pouvoir pour cela atteindre convenablement leur pédicule.

Méthode nasale. — La méthode nasale comprend deux modes de traitement, selon que, la tumeur enlevée, on fasse immédiatement la réparation nécessitée par l'opération préliminaire ou qu'au contraire on laisse l'ouverture béante pour faire des cautérisations et surveiller les récidives.

Cette méthode, plus que toute autre, a été l'objet de nombreuses modifications que nous allons mentionner aussi brièvement que possible.

La méthode nasale n'est pas nouvelle.

Hippocrate pratiqua la fente de l'aile du nez pour l'extraction d'un polype naso-pharyngien.

Dupuytren incisait aussi la narine. Voici ce que nous dit Sabatier à ce sujet : « Lorsque le polype est proéminent dans la narine et la repousse, Dupuytren n'hésite pas à pratiquer un véritable débridement en incisant profondément l'aile du nez, et il rend ainsi beaucoup plus prompte, plus facile et exécutable, par la seule méthode de l'arrachement, une opération qui aurait pu présenter des difficultés presque insurmontables, ou qui, comme dans le cas rapporté par Manne, aurait nécessité la combinaison toujours fâcheuse de plusieurs méthodes opératoires. »

En 1860 M. Verneuil disait à la Société d'anatomie, à propos d'un polype enlevé par Velpeau avec l'écraseur linéaire, opération qui fut suivie de mort, disait que dans ce cas il aurait certainement rejeté les méthodes palatine et faciale pour employer la méthode ancienne ou voie nasale injustement abandonnée. Ouvrir le dos du nez vers sa racine, sectionner le polype avec l'écraseur ordinaire, toucher le point d'implantation avec le fer rouge ou mieux avec le galvano-cautère, le tout en une ou deux séances ; enfin procéder à une rhinoplastie primitive ou secondaire, tel est le plan qu'aurait suivi M. Verneuil en ce cas. Du reste, la division du nez sur la ligne médiane ne fait courir au malade aucun danger sérieux ; et à ce propos nous citerons l'appréciation de M. Roser (de Marbourg), dans son Traité de pathologie chirurgicale: « La division du nez sur la ligne médiane, d'après Dieffenbach, a plusieurs fois été exécutée par moi ; la plaie guérissait toujours sans laisser de traces. Si la division du nez jusqu'aux os propres ne suffisait pas, on pourrait fendre ces derniers sur la ligne

médiane et écarter l'un de ces os avec l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur de ce côté. Ce qui facilite les opérations de ce genre, c'est que généralement les malades sont jeunes et ont par conséquent les sutures osseuses molles, flexibles ou susceptibles d'être luxées. »

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les différents procédés qu'a inspirés cette méthode.

Voici le manuel opératoire suivi par Chassaignac dans un cas de tumeur fibro-plastique des fosses nasales. Il fit une incision transversale d'un orbite à l'autre du côté droit, de cette première incision il fit partir une seconde verticale et un peu oblique qui, arrivée au niveau de l'orifice des narines, change brusquement de direction, devient transversale et comprend toute la largeur du nez qui se trouve ainsi inscrit dans un lambeau rectangulaire ne tenant plus à la face que par un seul côté.

Les tissus cutanés et cartilagineux qui constituent l'enveloppe extérieure et une partie de la charpente nasale sont alors séparés par de larges et rapides incisions de manière à permettre de rejeter le lambeau nasal tout d'une pièce du côté opposé. Chez le malade ainsi opéré, la cloison ostéo-cartilagineuse était détruite par la tumeur ainsi que les os propres du nez et les branches montantes du maxillaire des deux côtés. Dans cette opération, Chassaignac n'eut qu'à lier la terminaison de la faciale et la tumeur enlevée, la rhinoplastie fut faite sur le champ. Dans le cas où la tumeur n'aurait pas créé elle-même une voie suffisante pour son extraction, le chirurgien tout en suivant la même méthode aurait à faire lui-même la résection de la cloison ostéo-cartilagineuse.

En 1857, M. Desprez proposa un procédé nasal. Voici comment il décrit lui-même son procédé.

1er temps. — Inciser avec un bistouri dirigé perpendiculairement à la peau, les sillons naso-labial et naso-génien. L'incision doit comprendre l'épaisseur des parties molles; elle sera ensuite dirigée sur le bord antérieur du maxillaire supérieur, depuis le sillon indiqué jusqu'à l'os propre du nez correspondant. Un aide relève la partie latérale du nez ainsi détachée.

2e temps. — Inciser la sous-cloison à son union, avec la lèvre supérieure, continuer l'incision de manière à détacher, doublé de la muqueuse, le cartilage triangulaire de l'épine nasale antérieure et de la crête qui lui fait suite dans l'étendue de un centimètre.

3e temps. — Introduire parallèlement au plancher des fosses nasales, de chaque côté de la cloison, la branche très étroite d'une pince de Liston ; détacher le vomer aussi près que possible de la voûte palatine et dans toute son étendue ; reporter l'instrument dans la même direction au niveau du bord des os propres du nez et diviser jusqu'à l'apophyse basilaire ? Le vomer est enlevé, c'est alors que l'opérateur doit juger si la voie qu'il s'est créée est assez large, non-seulement pour faire agir les intruments, mais encore pour extraire le polype soit par fragments, soit en totalité.

Une fois le pédicule bien connu, il faut l'exciser aussi près que possible de la racine, ruginer la surface d'implantation et appliquer immédiatement soit le fer rouge, soit la pâte de Canquoin.

Enfin, avant de refermer la plaie, il est nécessaire de prendre exactement les précautions nécessaires pour tomber exactement sur le point d'implantation, s'il est nécessaire de faire ultérieurement quelques cautérisations.

Il existe encore beaucoup d'autres procédés que nous ne

ferons que signaler. Ainsi Langenbeck, d'après des données, établies déjà par Chassaignac et Huguier, a fait une incision latérale suivant le sillon naso-génien, et luxé en haut, l'os nasal et l'apophyse montante qu'il avait rendue libre à l'aide d'un double trait de scie.

Beckel a recours à l'incision latérale, et sectionne la racine du nez et l'apophyse montante du côté malade ; le nez est ensuite rabattu du côté sain.

Ollier fait une incision curviligne dont la partie médiane correspond à la racine du nez, et dont les extrémités rejoignent chaque aile, scie parallèlement au frontal la charpente de l'organe qu'il rabat de haut en bas; puis, la tumeur enlevée, il replace le nez.

Lawrence relève le nez sur le front.

Nous pouvons citer encore au nombre de ces procédés celui employé par Rouge (de Lausanne) pour le traitement chirurgical de l'ozène, et qui a été employé par M. le professeur Trélat pour enlever des polypes muqueux. Nous citerons, du reste, ce procédé avec quelques détails.

Cherchant un moyen de traitement plus efficace que ceux employés jusqu'ici, M. Rouge a voulu imiter la nature. Constatant que des guérisons spontanées sont arrivées à la suite de l'expulsion des séquestres, il s'est proposé : 1° d'ouvrir largement les fosses nasales, afin de se rendre un compte exact du siège et de l'étendue de la lésion et d'avoir la possibilité d'extraire les parties malades ; 2° d'éviter toute déformation de la face, toute cicatrice, afin de ne pas remplacer une difformité par une mutilation.

Le procédé employé par Rouge est le suivant : Le malade est couché et chloroformé ; la lèvre supérieure étant soulevée et tendue, le cul-de-sac gingivo-labial est incisé avec le bistouri dans toute l'étendue qui sépare les premières

petites molaires l'une de l'autre. D'un coup de bistouri on détache à sa base le septum cartilagineux.

Le nez peut alors être relevé, et, souvent les fosses nasales sont assez largement ouvertes pour qu'on puisse les explorer *de visu* et avec le doigt. Si la voie est insuffisante, on sectionne avec deux coups de ciseaux les cartilages des narines à leur insertion sur le maxillaire, et, le nez complètement libéré, récliné vers le front, découvre largement l'orifice antérieur de sa cavité. La cloison même peut être réséquée, et il devient facile d'agir sur la paroi externe, Dans certains cas, on ne découvre qu'avec peine les points malades ou les points d'origine des polypes. La muqueuse est ensuite badigeonnée avec le crayon de nitrate d'argent.

La lèvre supérieure, remise en place, n'a pas besoin d'être fixée par une suture; la réunion s'effectue d'elle-même et sans laisser de cicatrice extérieure. Il est remarquable que la réaction est nulle après l'opération, il n'y a ni tuméfaction de la lèvre, ni fièvre. L'hémorrhagie a été rarement abondante; elle a toujours cédé au tamponnement. (*Hayem.*)

Dans tous les procédés que nous venons de décrire, le nez est replacé dans sa position normale, aussitôt après l'ablation de la tumeur, et maintenu à l'aide de quelques points de suture; autrement dit, ces divers procédés appartiennent à la méthode extemporanée.

Il en est d'autres, préconisés par Legouest, Denucé et Verneuil qui appartiennent à la cure lente c'est-à-dire que, la réunion n'étant pas faite immédiatement après l'opération, ils permettent pendant un certain temps de faire des cautérisations et de surveiller les récidives.

Voyons maintenant quels sont les avantages et les inconvénients de la méthode nasale.

Soit qu'on fasse un lambeau, soit qu'on ne fasse qu'une incision nasale comme le professeur Verneuil, la plaie est toujours restreinte, l'hémorrhagie n'est jamais abondante et la difformité, surtout lorsqu'on s'est contenté de l'incision médiane, est presque nulle. Ce dernier résultat est, du reste, entièrement subordonné au soin qu'on a mis à faire les sutures.

Un des principaux avantages de la méthode nasale est encore d'arriver assez directement sur le point d'implantation d'une tumeur, de l'arrière cavité nasale ou de la fosse nasale elle-même, et elle a donné dans nombre de cas de très beaux résultats, à ce point que des chirurgiens habiles, tels que Heurtaux, de Nantes, ont pu penser que cette méthode était presque toujours suffisante et que les cas qui pouvaient nécessiter l'emploi de l'ablation du maxillaire étaient exceptionnels.

Cependant cette méthode est évidemment insuffisante dans un grand nombre de cas à cause des prolongements qu'envoie la tumeur dans diverses cavités de la face, et de plus dans certains cas de fosses nasales étroites, surtout lorsqu'on est gêné par la conformation ogivale de la voûte palatine, il est impossible d'arriver commodément jusqu'au pédicule de la tumeur.

La conformation ogivale de la voûte palatine qu'il est d'ailleurs facile de constater d'avance et qui, comme on le sait, existe souvent chez les sujets scrofuleux qui présentent du côté des dents et de l'oreille les signes indiqués par Hutchinson, est une des principales gênes que peut rencontrer l'opérateur lorsqu'il emploie la voie nasale, et on comprend combien ces circonstances peuvent rendre difficile l'exécution de l'opération à une profondeur de sept

centimètres que mesure le diamètre antéro-postérieur des fosses nasales.

La méthode nasale a encore l'inconvénient de ne pas laisser une voie ouverte pour surveiller les récidives, car bien que dans la méthode dite de cure lente, on puisse maintenir l'ouverture nasale béante, pendant quelques semaines, on ne peut la laisser un temps suffisant, car il faut pouvoir surveiller l'implantation du pédicule pendant une année au moins avant d'être à l'abri d'une récidive.

C'est pour ces motifs qu'on a été conduit souvent à pratiquer de préférence des opérations préliminaires plus graves, nous voulons parler de la méthode faciale.

Méthode orbitaire. — Quant à la méthode orbitaire de MM. Palasciano, de Naples, et Rampolla, de Palerme, elle n'offre que peu d'intérêt ; dans les cas assez rares où elle a été employée, elle a donné toujours de mauvais résultats ; on n'en connaît que quatre observations.

M. Palasciano pratiqua deux fois cette opération et eut deux récidives.

M. Rampolla, qui la pratiqua une fois, vit son malade mourir le quinzième jour ; enfin un autre malade, opéré par M. Valette, de Lyon, eut un phlegmon de l'œil.

Méthode faciale. — La résection du maxillaire est l'opération qui ouvre la voie la plus large, mais c'est elle aussi qui présente le plus d'inconvénients. C'est une opération qui, déjà grave par elle-même, est toujours très longue et très douloureuse. De plus, une fois le maxillaire enlevé, on est obligé, souvent, d'enlever une apophyse ptérygoïde, et cela ne contribue pas peu à augmenter les dégâts causés par l'opération primitive. Enfin, il faut pénétrer dans la

cavité orbitaire, le nerf orbitaire est coupé, les surfaces traumatiques sont considérables.

La perte de sang est énorme, car on sectionne plusieurs artères de la face et la palatine supérieure. Si la maxillaire interne a été divisée, il est quelquefois difficile de la lier, vu la profondeur du lieu où elle est située.

La voie qu'on se trace, pour arriver au polype, est latérale, et on ne pénètre pas directement sur son pédicule. Aussi est-on souvent obligé d'enlever l'apophyse ptérygoïde qui masque en partie l'apophyse basilaire.

Mais là ne se bornent pas les inconvénients de cette méthode. En effet, après un pareil traumatisme, il manque une partie de la voûte palatine ; il manque tout le rebord alvéolaire du maxillaire. La phonation et la déglutition s'exécutent fort mal. Il en résulte pour le malade les mêmes inconvénients dont nous avons déjà parlé, c'est-à-dire l'emploi des appareils prothétiques qui ne remédieront que d'une façon bien insuffisante à toutes ces difformités.

On observe presque toujours aussi, à la suite de l'ablation du maxillaire, l'aplatissement de la face, la perte de l'œil, la diplopie dépendant d'une déviation du globe oculaire, l'ectropion, des fistules lacrymales et enfin des cicatrices multiples.

Certes, un tel tableau n'est pas fait pour faire adopter sans réserve une opération qui, alors même qu'elle réussit, laisse subsister après elle des troubles aussi profonds. Aussi, malgré les succès dus à cette opération, l'affreuse mutilation qui en résulte devait conduire à modifier le procédé.

C'est dans ce but que furent imaginées les résections partielles dont Chassaignac se montra le zélé partisan. C'est à lui qu'on doit le premier procédé de cette opération, pro-

cédé dans lequel on ménageait la portion buccale du maxillaire et le rebord orbitaire, la paroi antérieure du sinus maxillaire était seule enlevée.

Malheureusement, en même temps qu'on diminuait l'étendue des dégâts, on restreignait aussi les avantages de l'opération primitive ; la résection partielle, en effet, ne laisse plus apparaître la tumeur avec tous ses prolongements ; elle n'ouvre plus qu'une voie assez étroite pour que, dans certains cas, le chirurgien ne puisse achever l'opération.

Ainsi, pour citer des exemples, l'ablation partielle du maxillaire supérieur a donné des succès à Demarquay, qui a pu, dans deux cas, arriver sur le lieu d'implantation du polype, en enlevant la paroi antérieure du sinus maxillaire, M. Michaux, de Louvain, après avoir enlevé les os propres du nez et l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ne put pas extraire le polype par cette voie.

C'est cette insuffisance de la voie créée par la résection partielle qui a donné l'idée de modifier l'opération dans un autre sens, et Huguier eut l'idée de substituer à l'ablation totale définitive, l'ablation totale temporaire.

Voici comment il procédait.

Il enlevait le maxillaire, le laissait attaché au lambeau formé par les parties molles, et, une fois l'ablation du polype terminée, il remettait le tout en place. Il avait, pour cela, scié le maxillaire au-dessus de son bord alvéolaire, et, par conséquent, respecté la voûte palatine et le voile du palais. Dans cette opération, le chirurgien est forcé d'enlever l'apophyse ptérygoïde et de couper l'artère palatine supérieure.

On comprend facilement les conséquences d'un sem-

blable traumatisme qui, par l'hémorrhagie qui en résulte, peut entraîner la suffocation.

Outre ces dangers, l'opération est loin de donner toujours des résultats satisfaisants. C'est ainsi que, dans le cas de Huguier, le maxillaire ne se réunit pas et se nécrosa, les dents restèrent ébranlées et la suppuration fut très longue.

Cependant, la résection totale du maxillaire ne fut pas abandonnée, et modifiée par Dézanneau, elle donna un succès complet.

Le principe de la résection temporaire a reçu encore d'autres applications ; ainsi, Langenbeck pratiqua la résection temporaire de la paroi antérieure du sinus ; mais il est établi que, comme dans le cas précédent, il peut y avoir défaut de consolidation et suppuration prolongée. Nous devons encore citer le procédé d'Ollier qui ménage le périoste dans le but d'obtenir la reproduction de l'os. Ce procédé, qui échoua entre les mains de son auteur, donna un succès à Pamard, d'Avignon.

Dans tous les procédés de la méthode faciale, outre les inconvénients que nous avons signalés, la section des parties molles étant toujours considérable, laissera des traces difformes. Dans tous, en effet, on est obligé de faire une incision sur la joue, ou de diviser la lèvre supérieure. La plupart des motifs qui font rejeter l'ablation totale du maxillaire supérieur peuvent s'appliquer aux résections partielles de cet os. Celles-ci ont cependant sur la première un avantage considérable, c'est de respecter la voûte palatine et le bord alvéolaire du maxillaire.

Inversement, l'ablation partielle, qui a l'avantage de faire des désordres moins étendus, a pour inconvénient

d'empêcher la surveillance de la récidive, ce qui est, au contraire, assez facile, grâce à la perte de substance de la voûte palatine dans le cas de résection totale.

On voit par l'étude de ces diverses méthodes, que peu de chirurgiens adoptent exclusivement une seule méthode, et que chacune d'elles doit être employée dans les cas où elle remplit les indications présentées par la tumeur. C'est ainsi, croyons-nous, que procèdent la plupart des chirurgiens, et dans les opérations que nous avons vu exécuter à l'hôpital Saint-Louis, M. Péan a employé des méthodes mixtes. Qu'on nous permette de rappeler ici avec quelques détails, ce manuel opératoire.

Le malade étant endormi, certaines précautions sont prises dans le but d'éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes, accident redoutable, qui a souvent entraîné la mort dans le cours de l'opération, et que certains chirurgiens craignent encore au point de n'oser recourir à l'anesthésie, ou de pratiquer la trachéotomie préventive.

Dans ce but, le malade est placé dans une position presque assise, la tête et les épaules élevées et soutenues par des alèzes pliées ; la bouche est maintenue ouverte par un écarteur de Luër ou de Guéride ; des éponges sont placées dans les coins de la bouche, à la partie postérieure du vestibule, d'autres fixées sur de longues pinces à arrêt et à anneaux, sont placées près du sillon glosso-épiglottique et souvent renouvelées, de façon à ce qu'elles restent capables d'absorber les liquides qui tendraient à gagner par là le larynx. Elles sont tenues par des aides. Pendant tout le temps de l'opération, les aides ou le chirurgien nettoient soigneusement la plaie avec de fines éponges, montées sur de longues pinces placées à portée. Afin d'obtenir l'hémostase préventive des artères nasales et labiales, des pin-

ces hémostatiques sont placées sur les lèvres, de chaque côté de la ligne médiane et sur les ailes du nez.

Le chirurgien commence alors une incision verticale et médiane, allant de la racine du nez au bord libre de la lèvre. Il divise de dedans en dehors le cul-de-sac muqueux gingivo-labial ; le lambeau naso-labial est disséqué rapidement, relevé et maintenu par un aide : le périoste peut être aussi détaché avec la rugine et relevé avec le lambeau : La fosse nasale, la voûte palatine et la paroi antérieure du sinus maxillaire peuvent être alors librement explorées, et l'opération va être conduite différemment selon les circonstances.

S'il est nécessaire de sacrifier la voûte palatine, une dent est arrachée, et avec une longue pince coupante dont une branche est introduite dans la narine, dont l'autre correspond à l'alvéole de la dent arrachée, et dirigée obliquement de dehors en dedans, divise du même coup l'arcade dentaire et la voûte palatine. Cette section peut être faite avec la scie circulaire du polytritome : une autre section osseuse horizontale, passant à un millimètre environ au-dessous du trou sous-orbitaire, et allant de l'ouverture antérieure des fosses nasales vers la tubérosité maxillaire, est pratiquée : on saisit alors avec un davier la portion osseuse ainsi circonscrite, et on la fait basculer sur la tubérosité pour l'extraire complètement, en s'aidant au besoin d'une incision transversale, allant de la tubérosité maxillaire à la partie postérieure de la voûte palatine osseuse.

Dans d'autres cas, on défonce avec la gouge et le maillet la paroi antérieure du sinus maxillaire, l'apophyse montante, la paroi externe des fosses nasales, quelquefois la cloison si le besoin s'en fait sentir, et on ouvre ainsi une voie d'étendue suffisante.

Si la tumeur envoie un prolongement du côté de l'orbite, et qu'il soit nécessaire de se créer une voie pour l'extirper, on le pourra facilement, en ayant recours à divers modes opératoires, tels que ceux qui ont été pratiqués par Bérard et Huguier, qui enlèvent un quadrilatère osseux, comprenant l'apophyse orbitaire de l'os molaire, une portion plus ou moins étendue de l'arcade orbitaire, formée par le maxillaire supérieur.

La tumeur est ensuite enlevée morceaux par morceaux, à l'aide du bistouri et des ciseaux dans sa plus grande étendue, l'hémostase est faite à mesure avec des pinces ; les derniers vestiges de la tumeur dans les points où elle adhère aux os, sont grattés avec des cuillers à bords coupants, de divers calibres, et de 2 centimètres à un demi-centimètre de diamètre. On ne doit pas craindre de dénuder les os et d'enlever la fibro-muqueuse dans tous les points où elle peut paraître suspecte : c'est sans inconvénient qu'on dénudera un os, qu'on arrachera un cornet, qu'on mettra même à nu la face criblée de l'ethmoïde, si l'on compare les accidents qui peuvent en résulter à l'importance qu'il y a de se mettre à l'abri d'une récidive.

Certes, les hémorrhagies sont à redouter, mais on peut s'en rendre maître le plus souvent ; la méningite peut aussi se développer, et l'on est désarmé contre elle, mais elle est loin d'être aussi commune qu'on pourrait le craindre, alors même que la face inférieure de la lame criblée a été dénudée, pourvu qu'elle n'ait pas été perforée.

L'hémostase est faite à l'aide des pinces hémostatiques laissées en place pendant vingt-quatre heures, lorsqu'elles siègent sur des vaisseaux de quelque importance, et le tamponnement aidant, on pourra, grâce à ces moyens,

s'abstenir le plus souvent de la cautérisation immédiate faite dans le but d'amener l'hémostase.

L'opération étant terminée, les sutures sont faites exactement, soit au fil de soie, soit au fil d'argent, et les pinces, laissées en place, sortiront sous la lèvre, le lambeau naso-labial reposant sur elles : lorsque les pinces seront enlevées au bout de vingt-quatre heures, le lambeau s'appliquera exactement, et la réunion de la muqueuse gingivo-labiale se fera seule.

Si la tumeur a nécessité l'ablation de la voûte palatine, c'est par cette voie qu'on surveillera la récidive possible : dans les autres cas, cette surveillance manquera, il est vrai, mais l'extirpation ayant été complète, on n'aura pas trop à s'inquiéter de la récidive, et si elle survenait, l'examen rhinoscopique pratiqué suivant les méthodes ordinaires, permettrait de s'en apercevoir, une nouvelle opération rendue nécessaire, serait faite par la même voie, le bistouri incisant la cicatrice première, et la voie créée profondément subsisterait toute faite pour l'opérateur. Enfin dans les cas où des raisons particulières feraient craindre la récidive, on s'abstiendrait de faire la réunion.

Parmi les accidents consécutifs, le plus redoutable et celui contre lequel on a le plus d'action, est l'hémorrhagie secondaire survenant le plus souvent en nappe chez des sujets anémiés, dont le sang manque de plasticité, ou atteints de tumeurs particulièrement vasculaires.

Le tamponnement fait à l'aide de petites éponges montées en queue de cerf-volant, aidé d'injections de perchlorure de fer dilué, en auront le plus souvent raison. Si, enfin, un jet artériel donnait une hémorrhagie abondante, il ne faudra pas hésiter à soulever le lambeau naso-labial et à placer une pince hémostatique sur le point qui saigne.

DIVERSES TUMEURS DE L'APPAREIL OLFACTIF.

Parmi les tumeurs que l'on rencontre dans les fosses nasales, les unes s'y développent primitivement, les autres, après avoir pris naissance dans les cavités voisines, n'y pénètrent que secondairement.

Nous les confondrons toutes dans une même description en ayant soin, toutefois, d'indiquer leur siège le plus ordinaire.

Nous ne nous proposons pas de faire une étude complète de ces tumeurs, nous nous contenterons de signaler brièvement leur forme, leur consistance, leur mode d'implantation, de fournir, en un mot, les données nécessaires pour guider le chirurgien dans son intervention.

De toutes les productions que l'on peut rencontrer dans l'appareil olfactif, les plus communes sont des polypes muqueux qui se développent le plus souvent sur cette portion de la muqueuse nasale qui tapisse les cornets supérieur et moyen et recouvre les méats de même nom.

Ces polypes se présentent sous l'aspect de tumeurs molles, tremblotantes, de nature muqueuse; ils sont gris jaunâtre, transparents, gélatiniformes et entièrement friables; ils contiennent dans les mailles de leur tissu un liquide qui s'échappe lorsqu'on pratique l'incision ou l'écrasement.

Les polypes muqueux sont rarement solitaires, le plus souvent disséminés en grand nombre sur la surface de la muqueuse. Souvent aussi les deux narines sont envahies et il peut même arriver qu'elles soient complètement obstruées : lorsqu'ils sont multiples, ils sont toujours fixés à la muqueuse par un pédicule propre sans présenter jamais

de ramifications. Quant à leur volume, il est très variable, il peut varier de la grosseur d'un pois à la grosseur d'un œuf de poule. Les plus considérables peuvent déformer les fosses nasales; mais ils n'arrivent jamais à écarter les parois osseuses.

L'examen anatomique de ces polypes justifie pleinement la qualification de muqueux qui leur a été donnée. Incisé et soumis à une certaine pression, leur tissu fournit une quantité variable de liquide séro-albumineux, analogue à la synovie. Au microscope leur structure les rapproche complètement des tumeurs dites muqueuses ou myxomateuses. On y trouve une sorte de réseau formé par des fibrilles délicates, ondulées, s'entre-croisant et rappelant par leur aspect les fibres du tissu connectif. Dans les mailles de ce réseau est contenue une substance liquide ou semi liquide et contenant des éléments figurés sous forme de cellules rondes, ovales, allongées ou fusiformes, avec des noyaux et de très fines granulations.

Suivant la prédominance de la trame fibreuse ou de la substance muqueuse fondamentale, la consistance de la tumeur varie et peut aller de la presque fluidité à une densité assez marquée.

Ce que nous venons de dire du point d'implantation des polypes muqueux demande quelques restrictions. S'il est arrivé quelquefois qu'on ait pris pour des polypes naso-pharyngiens des polypes muqueux ayant leur pédicule à l'orifice postérieur des fosses nasales, il n'en est pas moins vrai que certaines de ces tumeurs prennent réellement naissance dans la région basilaire. Déjà en 1860, à la séance de la Société de chirurgie du 4 janvier, lors de la discussion sur les différents modes de traitement des polypes naso-pharyngiens, M. Verneuil s'exprimait ainsi :

«On se fonde uniquement, disait-il, sur le siège pour donner les mêmes noms à des polypes dont la nature est essentiellement différente; cela est fâcheux, et il importe de faire cesser cette ambiguïté au point de vue du diagnostic et du traitement qui comportent des différences énormes. » Ces paroles prouvent bien que M. Verneuil avait déjà remarqué des différences essentielles dans les polypes de cette région. Mais ce n'est qu'en 1869, à la Société de chirurgie, dans la séance du 3 novembre, que M. Legouest rapporte l'observation d'un polype fibro-muqueux ou muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales. Depuis, des faits de ce genre ont été signalés par MM. Trélat, Panas et Pozzi.

On comprend, au point de vue opératoire, l'importance du diagnostic : il serait très fâcheux d'appliquer à des tumeurs qu'on peut enlever par un procédé très simple l'une de ces opérations, qui, en même temps qu'elles auraient une large voie, laissent après elles des mutilations plus ou moins graves. Dans certains cas cependant, on peut avoir à recourir à une opération préliminaire : c'est ainsi que M. le professeur Trélat, après avoir d'abord traité par l'arrachement une masse polypeuse intra-nasale, employa pour combattre la récidive le procédé de Rouge (de Lausanne), que nous avons décrit plus haut.

Les fibromes, qui ont fourni à M. le professeur Gosselin le sujet d'un brillante thèse de concours (1850), sont des tumeurs fermes, consistantes, de couleur rose, qui adhèrent généralement à la muqueuse par une large surface. Au microscope les polypes apparaissent formés par des tissus fibreux étroitement entrelacés qui partent tous du pédicule en suivant une direction divergente; ils ne contiennent que fort peu de fibres élastiques. Quelquefois, on rencontre un certain nombre de cellules allongées, fusi-

formes, munies de noyaux. dont la présence, en rapprochant les polypes fibreux, des tumeurs fibro-sarcomateuses, pourraient expliquer la tendance aux récidives et la malignité qu'ils présentent dans certains cas.

On a discuté longtemps sur le point d'implantation de ces tumeurs : c'est ainsi que Robert et Michaux (de Louvain) leur attribuaient des insertions multiples, tandis que Nélaton pensait qu'ils naissaient toujours de l'apophyse basilaire ; aujourd'hui, tout en reconnaissant que cette apophyse basilaire est leur siège le plus habituel, on admet qu'ils peuvent naître aussi des parties voisines et même des fosses nasales : inversement, comme nous avons vu plus haut que des polypes muqueux pouvaient s'implanter au lieu d'élection des polypes fibreux, il est nécessaire de pouvoir faire le diagnostic de ces deux variétés de tumeurs.

Les myxomes et fibro-myxomes se distinguent des fibromes par l'absence d'hémorrhagie, par une dureté moins grande, par une base d'implantation étroite et sans prolongements. Tels sont leurs signes distinctifs.

Les fibromes se développent très rapidement et ne tardent pas à envoyer des prolongements dans les cavités voisines qu'ils déforment en écartant les parois osseuses au lieu de se mouler sur elles comme les polypes muqueux. Aussi réclament-ils une prompte intervention. C'est contre eux surtout qu'ont été dirigés les différents procédés opératoires que nous avons décrits. En effet, leur tendance à la récidive est telle qu'il faut non seulemet enlever la masse de la tumeur, mais en détruire complètement les racines. C'est cette dernière condition, sans laquelle aucun résultat n'est obtenu, qui oblige à faire de si grands sacrifices.

Il faudra donc avoir recours de bonne heure aux opérations préliminaires qui donnent accès vers le pédicule, et dont le choix sera subordonné au diagnostic précis du point d'implantation. Quelques cas de guérison spontanée n'atténuent guère la gravité de l'affection. Il n'en est pas de même de l'influence de l'âge et, d'après MM. Legouest et Gosselin, la terminaison serait heureuse après la fin de l'adolescence, entre vingt-cinq et vingt-six ans : c'est là un renseignement précieux qui pourra guider le chirurgien dans son intervention.

En dehors des tumeurs que nous venons d'étudier, il en est d'autres, de toute autre nature que l'on peut rencontrer également dans les fosses nasales ou dans les cavités voisines; nous voulons parler des ostéomes qui, bien que rares, ont été cependant observés un certain nombre de fois et ont fait l'objet de travaux intéressants.

Les deux caractères principaux de ces tumeurs sont leur dureté et la déformation toute spéciale qu'elles produisent :

Elles peuvent se développer dans la muqueuse des fosses nasales, mais surtout dans les sinus. Leur adhérence est généralement assez faible et elles sont toujours plus ou moins libres dans la cavité qui les contient.

Longtemps elles peuvent rester stationnaires, mais le plus souvent elles s'accroissent et entraînent alors une déformation très accentuée. On cite un cas de guérison spontanée d'un de ces ostéomes, qui, par des ulcérations successives, à la fin réunies, s'était livré un passage et avait disparu sans intervention chirurgicale, mais il ne faut pas compter sur une terminaison aussi favorable, et, dès l'apparition du mal, le chirurgien devra songer à en faire l'extraction afin d'éviter les grands délabrements nécessités

par une opération tardive. En effet, la dureté excessive de la tumeur s'oppose à toute fragmentation. Cependant nous devons ajouter que parmi ces tumeurs osseuses, il en est qui, de structure celluleuse, sont loin de présenter la même consistance que les autres, et se prêtent, au contraire, à une facile réduction de volume, c'est là un fait important que ne doit pas oublier le chirurgien qui pourrait, dans ce cas, ne leur créer qu'une voie assez étroite.

Pour résumer tout ce que l'on sait de ces tumeurs, nous ne pourrons mieux faire que de citer les conclusions d'un mémoire de Dolbeau sur ce sujet.

1° La membrane de Schneïder, celle qui tapisse les différents sinus et cellules annexés aux fosses nasales, peuvent devenir le siège de productions osseuses primitives, tumeurs qui sont indépendantes des os du crâne et de ceux de la face, mais qui peuvent néanmoins acquérir un très grand volume.

2° On peut rattacher à ces diverses ossifications, l'exostose enlevée par M. Michon dans le sinus maxillaire, les exostoses de l'orbite provenant des cellules ethmoïdales, la tumeur osseuse retirée d'une fosse nasale par M. Legouest, les tumeurs observées par M. Cloquet et qu'il a décrites comme des ossifications de polypes muqueux des fosses nasales, il faut encore y rattacher le fait récent de M. Pinard.

3° La membrane qui revêt le sinus frontal ne fait pas exception et elle devient parfois le siège d'exostoses : tels sont les cas de Otto, de Roux, de Jobert de Lamballe de Holmes et de Dolbeau.

4° Toutes les exostoses sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance ; elles peuvent, en se développant, s'enclaver d'une manière plus ou

moins solide, mais elles restent toujours indépendantes des os, et elles peuvent être enlevées pourvu qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante, d'où l'indication d'opérer de bonne heure.

5º Les exostoses du sinus frontal, en particulier, ne font point exception et malgré le voisinage du cerveau, ces tumeurs peuvent être énuclées. Le développement de ces tumeurs étant indéfini, il est sage de les opérer aussitôt que leur présence ne laisse plus de doute, afin d'éviter leur propagation dans la cavité crânienne.

6º Dans le traitement de toutes ces exostoses, il faut renoncer à attaquer directement les tumeurs soit avec la gouge, soit avec le trépan. Tous ces instruments ne peuvent entamer un tissu aussi dur, ils s'émoussent : on a vu les meilleures cisailles de Liston se fracturer sans intéresser la tumeur ; il faut, comme nous l'avons dit déjà, ouvrir largement la cavité qui contient l'exostose et il suffit alors d'ébranler en masse la tumeur pour la voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts.

Disons maintenant quelques mots des adénenomes ou tumeurs glandulaires. L'étude la plus complète de ces productions très rares, du reste, se trouve dans la thèse de Puglièse (1862) qui en rapporte complètement une observation prise chez M. le professeur Verneuil ; la malade fut opérée avec un plein succès, la récidive n'eut pas lieu.

Nous avons trouvé, dans cette même thèse, un autre cas d'hypertrophie glandulaire observé dans le service de M. Roux. Après plusieurs tentatives d'arrachement, le malade mourut de méningite, par suite d'envahissement des os sphénoïde et ethmoïde.

Il nous reste à parler maintenant de certaines tumeurs

assez rares dans les fosses nasales elles-mêmes comme point de départ primitif, plus communes peut-être dans l'arrière-cavité nasale, et les sinus, se confondant d'ailleurs au point de vue symptomatique et opératoire, quel que soit leur point de départ.

Nous voulons parler des sarcomes, des épithéliomes, et des carcinomes.

Nous supposons que leur diagnostic est bien arrêté. Elles ont pour caractère de se développer rapidement, d'altérer l'état général, d'envoyer des prolongements multiples et difficiles à détruire complètement. Aussi faudra-t-il opérer rapidement, dès que leur existence sera constatée ; et là, plus que pour toute autre tumeur, se créer une voie d'extraction relativement très large par rapport au volume de la tumeur elle-même, afin d'être bien sûr de la détruire complètement.

Observation I.

Sarcome du sinus maxillaire. Polypes de la fosse nasale. Extirpation. Guérison.

Deligny, âgé de 58 ans, employé, entre le 6 février 1881, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 10, service de M. le Dr Péan.

Ce malade se plaint d'avoir la narine gauche bouchée depuis environ six mois et d'avoir depuis trois mois et demi de très vives douleurs dans la mâchoire supérieure et la tempe du côté gauche, à la suite desquelles la joue gauche s'est promptement œdématiée. Il y a de plus une salivation abondante. Il n'a pas de syphilis ; sa santé a été très bonne jusqu'à la maladie actuelle, il a seulement perdu peu à peu ses dents spontanément et sans douleur, probablement par gingivite expulsive.

Etat actuel. — La fosse nasale gauche est obstruée et l'examen fait facilement voir qu'elle est remplie par un polype de forme arrondie, mais de couleur un peu plus foncée et de consistance un peu plus dure qu'il n'est d'usage pour les polypes muqueux.

La joue est œdématiée.

Les dents de la mâchoire supérieure sont toutes tombées du côté gauche et l'orifice de leurs alvéoles est recouvert par la muqueuse saine.

En arrière de l'arcade dentaire, vers la tubérosité maxillaire, il y a un point ramolli, le doigt y sent la muqueuse comme décollée. On ne constate rien du côté du voile du palais ni par la vue ni par le toucher avec le doigt.

Il paraît donc exister dans les fosses nasales et le sinus maxillaire une tumeur qui est la cause des douleurs éprouvées par le malade.

Eu égard à la marche de la maladie, à l'âge du malade et à la violence même des douleurs, on n'était pas sans inquiétude au sujet de la malignité de la tumeur.

Quelles étaient les limites de la tumeur, où envoyait-elle des prolongements? Jusqu'où pouvait-on être conduit pour en faire l'extirpation complète? C'étaient là autant de problèmes insolubles et il n'est aucune méthode opératoire conçue *a priori* qu'un chirurgien ait osé considérer comme suffisante et comme nécessaire, car la tumeur pouvait être limitée et d'une extirpation relativement simple, sans dégats considérables, ou s'étendre au contraire fort loin et nécessiter une de ces opérations qui, pour être terminées honorablement, nécessitent de la part du chirurgien une rare habileté. Ici donc on ne pouvait choisir une méthode et s'en tenir là. Il fallait aller à la découverte et se conduire suivant les circonstances, modifiant la marche de l'opération et variant les procédés au cours même de l'acte opératoire.

Le 12 février l'opération fut faite de la manière suivante :

Anesthésie par le chloroforme. Position demi assise, la tête et les épaules soulevées par des alèzes pliées.

L'hémostase préventive étant faite à l'aide de pinces hémostatiques appliquées sur les ailes du nez et les lèvres une incision médiane verticale divise le nez dans toute sa hauteur ainsi que la lèvre supérieure. Le lambeau formé par la moitié gauche du nez, de la lèvre et la joue est disséqué et relevé de façon à mettre à nu l'ouverture antérieure de la fosse nasale, l'arcade alvéolaire et la paroi antérieure du sinus maxillaire.

Le sinus maxillaire est ouvert avec la scie circulaire du polytritome en donnant deux traits de scie sur l'arcade alvéolaire en deux points voisins ; le morceau qu'ils circonscrivent est saisi et enlevé avec un davier.

L'ouverture de la paroi antérieure du tissu est agrandie en arrachant avec le davier deux ou trois morceaux de la lamelle osseuse qui forme cette paroi.

Il sort du sinus une matière puriforme et on tombe sur une tumeur molasse blanchâtre lobulée, de nature évidemment cancéreuse.

La fosse nasale gauche contient trois polypes pédiculés insérés sur la muqueuse de la fosse nasale et indépendants de la tumeur contenue dans le sinus maxillaire. Ces polypes, que l'on apercevait à l'examen de la fosse nasale, sont en somme des polypes muqueux.

La tumeur du sinus maxillaire envahit la moitié gauche de la voûte palatine à sa face supérieure et cette voûte est enlevée dans l'étendue nécessaire.

La tumeur étant enlevée par morceaux dans sa presque totalité, on examine les points où elle laisse quelque racine et où elle envoie des prolongements ; on aperçoit un prolongement du côté de l'os malaire et un autre du côté de l'orbite.

On ajoute alors à l'incision verticale du nez une incision horizontale partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant le rebord orbitaire inférieur.

Le lambeau naso-génien peut alors être relevé davantage, l'os malaire étant mieux découvert, le prolongement qui pénètre dans cet os est relevé par sa résection avec des pinces coupantes. Une lamelle osseuse du plancher de l'orbite étant arrachée, le prolongement, que la tumeur envoie dans cette cavité, est extirpée.

La plaie étant examinée de nouveau pour recherEher les prolongements de la tumeur, on aperçoit à la partie la plus profonde un prolongement sur le voile du palais à sa face supérieure et la paroi du pharynx partie latérale et supérieure.

Le voile du palais étant alors divisé à gauche de la ligne médiane, le bord de la section du côté sain est fixé avec de longues pinces hémostatiques à mors plats, le prolongement pharyngien est enlevé ainsi que la partie gauche du voile du palais avec les pinces et le bistouri.

L'hémostase est faite avec de longues pinces hémostatiques.

Celles qui tiennent les vaisseaux les moins importants sont retirées quelques instants après avant les sutures les plus importantes, notamment celles du bord du voile du palais sont laissées en place.

Des éponges montées sur des fils qu'on fait passer dans la bouche sont laissées dans la plaie pour favoriser l'hémostase.

La suture de l'incision cutanée est faite dans toute son étendue.

13 février. On retire les éponges et les pinces hémostatiques. Pas d'hémorrhagie notable.

Le 14. Injections par le nez et la bouche de façon à laver la plaie et débarrasser le malade des liquides un peu fétides qui s'écoulent.

Le 15. Les sutures sont enlevées, la plaie cutanée est réunie, quelques points seulement suppurent.

La déglutition est difficile, le malade prend cependant très bien les liquides.

Le 16. Le malade va bien. On continue les lavages.

7 mars 1881. Le malade sort avec une cicatrice véritablement imperceptible, conservant seulement de l'œdème de la paupière inférieure et le nasonnement de la voix, qui résulte de la destruction de la moitié de la voûte palatine et du voile du palais.

Observation II.

Fibromes des fosses nasales. Extirpation. Mort par hémorrhagie.

Bunel (Alphonse), âgé de 31 ans, cultivateur. Entré le 5 février 1881 salle Sainte-Marthe, n° 25, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Péan.

Homme de bonne santé habituelle jusqu'à l'époque du début de la maladie qui nous occupe.

Une fièvre muqueuse.

Père mort de maladie du cœur.

Mère vivante.

Un seul enfant de 6 ans, bien portant.

Il y a huit ans, le malade a fait une chute de la hauteur de 12 mètres, il n'eut pas de coup sur le nez et cependant la chute fut suivie d'un saignement de nez peu abondant. La respiration n'était pas gènée à cette époque.

Quatre mois après, épistaxis survenant sans cause appréciable.

Depuis six ans il est gêne pour respirer par le nez et a perdu complètement l'odorat.

Dès cette époque il avait dans la partie supérieure du pharynx une tumeur appréciable; un médecin lui a donné des coups de lancette croyant à l'existence d'un abcès. Il est venu à l'hôpital Saint-Louis et lui a conseillé l'opération. Il n'a pas voulu s'y soumettre et a voulu attendre.

Depuis ce temps il n'a pas beaucoup maigri mais a perdu les forces à la suite d'hémorrhagies.

Les hémorrhagies survenaient en effet à chaque instant, presque tous les jours, chaque fois qu'il se baissait. Tous les matins il se réveillait la bouche pleine de sang. Souvent les hémorrhagies ont été suivies de

lypothymies et de syncopes. Il souffrait en outre de douleurs de tête continuelles avec exacerbation tous les matins.

La persistance de cet état, qui ne fait que s'aggraver par la répétition des hémorrhagies pousse le malade à venir demander une opération. On constate les symptômes suivants :

Les fosses nasales sont complètement oblitérées, l'air n'y pénètre pas même par les plus grands efforts. Le nez est dévié à droite; par la narine droite on aperçoit, à l'examen direct, une masse arrondie rougeâtre qui se présente au voisinage de son ouverture.

Il y a épiphora bilatéral par compression des voies lacrymales.

A l'examen de la gorge on voit le voile du palais repoussé en avant et abaissé formant une saillie considérable. Le doigt porté derrière le voile du palais dans l'arrière cavité nasale sent une tumeur arrondie que l'on contourne sans en sentir le point d'attache, elle ne paraît pas pédiculée.

L'opération étant décidée pour le 5 février, le malade, qui est de la campagne, entre le matin du jour de l'opération.

L'anesthésie étant faite avec le chloroforme, le malade est placé dans le décubitus dorsal en position demi assise, la tête et les épaules soulevées par des alèzes pliées.

Incision verticale et médiane sur toute la longueur du nez, descendant sur le bord gauche du sillon médian de la lèvre supérieure et divisant toute son épaisseur,

Des pinces hémostatiques ont été préalablement placées une sur chaque aile du nez, une autre de chaque côté du point où la lèvre devait être divisée. Grâce à ce moyen l'incistion du nez et de la lévre ne donne pas de sang.

Les lambeaux naso-labiaux sont relevés de chaque côté et des éponges sont placées dans les coins de la bouche en arrière des arcades dentaires pour éviter l'écoulement de sang dans les voies aériennes.

On voit la cavité des fosses nasales totalement remplie par le néoplasme. La cloison des fosses nasales qui était déviée à droite, est enlevée par morceaux de façon à faciliter l'extraction des masses morbides.

La tumeur envoyant un prolongement dans le sinus maxillaire gauche la paroi antérieure de ce sinus est détruite avec la gouge et le maillet et les morceaux sont arrachés avec un davier.

Une large voie étant ainsi créée la tumeur, de consistance fort dure, est extirpée morceau par morceau, coupée avec des ciseaux, arrachée avec de fortes pinces et avec des cuillers de différentes dimensions, à bords coupants. Elle envoie des prolongements qui sont probablement aussi des points d'implantation dans les sinus sphénoïdau et les

cellules de l'ethmoïde, ainsi que sur la lame criblée qui est mise à nu par l'ablation complète de la tumeur : tous ces prolongements sont enlevés à grand peine, car la tumeur est dure, fibreuse, fort difficile à couper et à arracher et de plus très vasculaire, saignant abondamment.

On arrive enfin à enlever la masse qui obstruait l'orifice postérieur des fosses nasales et faisait bomber le voile du palais.

Une éponge montée est placée dans l'orifice postérieur des fosses nasales et l'arrière-cavité nasale pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Sutures du nez et de la lèvre avec du fil de lin. Les pinces placées sur le nez et les lèvres sont enlevées, quatre pinces placées profondément au cours de l'opération sont laissées en place.

A deux heures de l'après midi, quatre heures après l'opération, le malade a saigné dans son pharynx et rejette du sang par des efforts de vomissement.

Il est très pâle.

Deux éponges montées sur des fils sont placées dans les fosses nasales jusqu'à l'orifice postérieur pour empêcher l'écoulement de sang dans la gorge.

6 février. Le malade ne saigne pas, est moins faible. On retire les éponges et les pinces hémostatiques.

Le 7. On enlève les sutures ne laissant qu'un point au lobule du nez et un au bord inférieur de la lèvre. Le malade continue à alller bien.

Le 8. On enlève les deux dernières sutures, mais telle était chez ce malade la tendance aux hémorrhagies que l'ablation de tous les points dè suture fut suivie d'un écoulement sanguin peu abondant, il est vrai, mais assez prolongé.

La réunion de l'incision cutanée est faite.

Le 9. Le malade va bien. Il a de l'appétit et mange bien.

Le 10, à 5 heures du matin. Hémorrhagie abondante ; l'infirmier veut immédiatement placer une éponge dans les fosses nasales et désunit la lèvre.

L'interne de garde place dans les fosses nasales trois éponges retenues par des fils et fait une piqûre sous-cutanée d'ergotine. L'hémorrhagie s'arrête.

Le 11. Pas d'hémorrhagie. On retire les éponges des fosses nasales, le malade est très aflaibli.

Le 12, à 4 heures du matin. Nouvelle hémorrhagie. Une éponge est placée dans les fosses nasales. Eau glacée sur le nez.

A 10 heures. On retire l'éponge qui fait beaucoup souffrir le malade, l'hémorrhagie recommence. On introduit dans les fosses nasales un

chapelet de petites éponges relevées par un fil. On fait dans les fosses nasales une injection de perchlorure de fer dilué.

L'hémorrhagie s'arrête, mais le malade, très anémié, succombe à 11 heures.

Observation III.

Myxo-sarcome des fosses nasales. Extirpation. Guérison.

Donat (Alexandre), âgé de 43 ans, employé de commerce, entré le 2 février 1881, salle Saint-Augustin, nº 7, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Péan.

Antécédents. — Syphilis en 1863.

Enchifrènement habituel depuis longtemps, coryzas fréquents.

Depuis dix ans il remarqua un écoulement nasal plus abondant, intermittent, clair. Il y a trois ans il consulta pour un petit polype qu'il voyait lui-même dans sa narine. Ce polype fut extrait avec des pinces.

Il récidiva et une deuxième extraction fut faite l'an dernier au mois de mai. L'extraction ne fut probablement que partielle, car le nasonnement continua.

Peu à peu la fosse nasale s'obstrua complètement, la déglutition fut gênée.

La face commença à se déformer.

Le malade ne souffrait pas.

2 février 1881. Le malade entre à l'hôpital pour être débarrassé de sa tumeur.

Etat à l'entrée. — Malade de petite taille, d'apparence peu robuste, figure pâle, teint jaunatre, facies déformé, asymétrique, nez dévié à gauche, narine gauche élargie, joue gauche proéminente, œil gauche à demi caché sous les paupières œdématiées, épiphora.

On sent la fosse canine comblée par un prolongement de la tumeur.

La narine gauche est obstruée et remplie de mucosités. La fosse nasale gauche semble saine et le malade peut faire passer de l'air de ce côté.

Le voile du palais est repoussé en avant. De chaque côté de la luette on voit la tumeur qui déborde de 1 centimètre environ et on la sent parfaitement avec le doigt.

Nasonnement ; gêne de la respiration et de la déglutition, principalement pour les liquides.

Opération le 5 février. Anesthésie par le chloroforme. Incision de la lèvre supérieure et du nez sur la ligne médiane avec des ciseaux. Les

os propres du nez sont séparés avec la pince de Liston droite, le gauche est rejeté en dehors ; la muqueuse gingivo-labiale est ensuite divisée du côté gauche. Le lambeau ainsi formé est relevé et maintenu en dehors.

Le sinus maxillaire est envahi par la tumeur et sa paroi antérieure est enlevée au moyen de la gouge et une grande pertie de la tumeur est extraite par fragments. La paroi interne du sinus et les cornets sont isolés avec la pince coupante et arrachés. La fosse nasale est débarrassée du néoplasme morceau par morceau. L'implantation de la tumeur ayant lieu vers la lame criblée, M. Péan n'hésite pas à la dénuder complètement de sa muqueuse, ainsi que la cloison des fosses nasales. Il enlève de même avec une cuillère tranchante la muqueuse du sinus et poursuit enfin un dernier prolongement néoplasique qui fait irruption dans l'orbite par sa partie inférieure et interne.

Les principales artères sont pincées ; il ne reste plus aucun vestige de la tumeur et de son implantation.

On suture le lambeau au moyen de 8 fils de soie, en laissant à demeure 5 pinces profondes.

Pansement. Lavages à l'alcool et l'eau phéniquée.

6 février. Nuit bonne. Le malade ne se plaint pas. On enlève les pinces.

Le 8. On enlève les sutures. La réunion par première intention est parfaite, le malade demande instamment à manger des aliments solides et à fumer. Lavages avec l'eau alcoolisée et phéniquée.

Le 21. Il s'est produit à gauche, sur la lèvre supérieure un bec-de-lièvre accidentel de 1 centimètre d'étendue environ, dû à une pince laissée trop longtemps en place pour l'hémostase préventive. On avive les deux lèvres avec des ciseaux et on les réunit par deux points de suture entortillée.

Le 26. On enlève les sutures et la réunion est obtenue.

1er mars. Le malade part pour Vincennes. La cicatrice est à peine visible. Le sillon naso-génien gauche est très prononcé en haut.

L'épiphora persiste ainsi qu'un léger œdème de la paupière inférieure.

CONCLUSIONS.

Après avoir ainsi passé en revue les diverses méthodes de traitement employées contre les tumeurs des fosses nasales, ainsi que les différentes variétés de ces tumeurs, voyons maintenant quelle sera la conduite du chirurgien, et sur quelles règles il basera son intervention.

On voit par ce qui précède, que peu de chirurgiens se bornent à une seule méthode, et que leur procédé est subordonné à chaque indication spéciale que présente la tumeur.

Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur quelconque, est-il d'abord de toute nécessité de faire le diagnostic le plus précis de cette tumeur, de son point d'implantation, de ses prolongements. D'autres circonstances encore, telles que l'âge, l'état général du sujet, peuvent encore influer sur la marche à suivre. L'utilité de l'opération une fois reconnue, examinons quelles indications elle doit remplir.

Il faut, sauf les cas particuliers que nous avons signalés, arriver à une extirpation complète, surveiller les récidives, et, se tenir en garde contre les déformations et les accidents consécutifs. Lorsqu'il s'agit de polypes muqueux, ces indications pourront être remplies par les procédés les plus simples, l'arrachement par exemple. Il est vrai que souvent, on ne parviendra pas ainsi à éviter les récidives ; toutefois, comme ce procédé n'entraîne aucun dégât, et que la tumeur n'a aucune tendance à devenir maligne, on devra y avoir recours un certain nombre de fois avant de s'adresser aux

procédés plus complexes. Si toutefois on ne parvient pas à lasser le polype, pour ainsi dire, on pourra se décider à faire sur le dos du nez, soit l'incision médiane préconisée par M. Verneuil, soit l'opération de Rouge de Lausanne. Nous avons vu d'ailleurs que ce sont là deux méthodes tout à fait inoffensives et qui ne laissent que des vestiges à peine appréciables.

S'agit-il au contraire de fibromes ? La conduite du chirurgien ne sera plus la même ; ces tumeurs, en effet, sans avoir le même caractère de malignité que le cancer, n'en sont pas moins redoutables par la rapidité de leur développement. Aussi, dans ces cas, ne faut-il pas s'attarder longtemps aux méthodes simples, et après une ou deux tentatives doit-on s'adresser aux opérations préliminaires ; d'autant plus que des manœuvres trop souvent répétées peuvent favoriser la transformation sarcomateuse du fibrome. Une seule circonstance est en faveur de la temporisation, c'est l'âge du sujet. MM. Legouest et Gosselin ont cité un certain nombre de faits où cette influence est bien démontrée : si, par exemple, le malade que l'on doit opérer est âgé de 25 ou 26 ans, comme il a été établi qu'à partir de cette époque la tumeur perdait toute tendance à l'accroissement, on pourra ne pas intervenir, ou du moins ne recourir qu'à une des méthodes palliatives, et dans ce cas, nous avons vu que la méthode palatine était souvent avantageuse ; si, au contraire, le sujet est assez jeune pour qu'on ne puisse compter sur cette immunité lointaine, il faut intervenir promptement et énergiquement, c'est-à-dire se créer une voie artificielle assez, large pour arriver sur le pédicule. Nous avons vu dans notre premier paragraphe que ces méthodes sont multiples et comportent elles-mêmes des modifications nombreuses.

Là donc encore doit intervenir la sagacité du chirurgien.

A quelle méthode, à quel procédé donnera-t-il la préférence ?

Si le diagnostic pouvait atteindre la même précision que dans d'autres affections, si l'on connaissait exactement le point d'implantation et la limite des prolongements, certes le problème serait alors très simple ; mais il en est rarement ainsi et l'examen le plus attentif fait à l'aide de tous les moyens d'exploration laisse souvent beaucoup d'incertitude ; aussi, placé entre la nécessité de se créer une voie suffisante et le désir de s'arrêter aux dégâts indispensables le chirurgien se trouve-t-il dans un grand embarras dans le choix du procédé qu'il doit adopter. Le plus souvent, aucun ne répond parfaitement aux indications et de plus nous oserons dire qu'il est souvent impossible de les saisir d'une façon assez précise pour décider en toute connaissance de cause. Il convient donc croyons-nous que l'opérateur, entrevoyant les voies qu'il pourra avoir à parcourir et connaissant exactement les méthodes employées, de façon à pouvoir les combiner les unes aux autres, commence l'extirpation de la tumeur sans idée préconçue, sans parti pris arrêté sur ce qu'il fera ou ne fera pas, décidé au contraire à se laisser guider par les lésions et non pas à les dépasser outre mesure, ou à rester en deça pour rester fidèle au manuel opératoire qu'il avait résolu d'employer, ayant fait choix d'une méthode à l'exclusion des autres parce qu'il les redoute davantage, ou les connaît moins. Les procédés opératoires sont nombreux et variés. Les tumeurs que l'on a à attaquer sont plus nombreuses et plus variées encore, et à chacune d'elles il faut adapter un procédé opératoire spécial, prenant dans chacune des méthodes connues ce qu'elle a de bon et de commode pour attaquer la tumeur donnée. Ceci n'est pas opérer sans règles, c'est ne pas opé-

rer servilement; la chirurgie réglée est facile, mais la chirurgie non réglée est difficile et ne peut être bien pratiquée que par de vrais chirurgiens qui sans innover à chaque instant, savent au cours d'une opération combiner les procédés connus, être éclectiques en un mot.

La méthode suivie par M. Péan nous paraît favoriser beaucoup cet éclectisme ; le morcellement, en effet, permet d'arriver facilement sur le pédicule et de faire un diagnostic plus précis des prolongements de la tumeur, avant de poursuive l'opération.

On n'aura pas à regretter ainsi d'avoir occasionné des dégâts inutiles ; comme on pourrait être conduit à le faire, faute d'un diagnostic précis du point d'implantation ; et, dans quelques cas exceptionnels, cette méthode pourrait permettre de s'arrêter dans l'entreprise d'une opération que l'examen direct de la tumeur ferait juger trop dangereuse ; dans les autres cas, la masse principale de la tumeur étant enlevée, son point d'implantation, ainsi que ses prolongements, sont découverts, et l'opérateur voit facilement de quel côté il doit se faire un chemin et quelles parties il doit enlever pour les bien mettre à jour et s'en rendre maître.

De plus, lorsqu'on opère en morcelant la tumeur, on a l'avantage de limiter le champ opératoire aux parties envahies, de pouvoir faire l'hémostase à mesure, chemin faisant pour ainsi dire, et d'éviter cet instant périlleux qui suit l'ablation des tumeurs un peu volumineuses de régions aussi vasculaires ; on n'a pas à la fois ces sources si multiples d'hémorrhagies abondantes ; on les attaque pour ainsi dire une à une et on s'en rend plus facilement maître. Ceci est d'autant plus vrai qu'on sait que l'un des dangers

les plus redoutables de ces opérations est la pénétration du sang dans les voies aériennes. Or, malgré les précautions que nous avons indiquées déjà, elle est fort difficile à éviter, lorsque le sang jaillit à la fois de sources multiples.